Wprowadzenie

Przywołując słowa K. Rubachy określające pedagogikę jako naukę „czujną" i wrażliwą na wieloznaczność kulturową, która ciągle modyfikuje obraz współczesnej edukacji[1], możemy stwierdzić, że owa wrażliwość skierowana jest także na dostrzeganie problemów, które przekraczają tradycyjnie ustalone granice dyscyplin naukowych. Takim problemem jawi się zdrowie człowieka – wartość podlegająca, z jednej strony prawom przyrody, z drugiej zaś wyznacznikom społecznym i kulturowym. Zdrowie, ciało, choroba należą, zatem do świata natury, ale stosunek człowieka do nich, sposób ich przeżywania i związane z tym role mają charakter psychospołeczny[2]. Pedagogika staje się, więc obszarem naukowych penetracji na pograniczu natury i kultury, a proces wychowania uznaje się za czynnik warunkujący zdrowie czlowieka.

Zainteresowanie pedagogów sprawami zdrowia przyczyniło się do powstania (ciągłego tworzenia) subdyscypliny pedagogicznej – pedagogiki zdrowia, która stanowi zaplecze teoretyczne dla edukacji zdrowotnej.

Pedagogika zdrowia, będąca subdyscypliną „z pogranicza" oraz pozostająca ciągle w stanie tworzenia, ma do rozwiązania wiele zagadnień teoretycznych, jak i praktycznych. Wspomniana pograniczność wynika nie tylko z problematyki badawczej obejmującej pogranicze natury i kultury, ale również z miejsca jej rozwoju – styku pedagogiki, medycyny i wychowania fizycznego. Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia przedstawiamy Państwu zbiór tekstów pod wspólnym tytułem *Wybrane konteksty pedagogicznych pograniczy*. Tytuł ten akcentuje różnorodność spojrzeń na zagadnienia zdrowia człowieka, zarówno w perpektywie pedagogów, jak i przedstawicieli innych dyscyplin – antropologii, biologii, nauk o kulturze fizycznej oraz psychologii. Różnorodność tematyczna prac nadała zbiorowi interdyscyplinarny charakter, który przybrał postać międzynarodowego dyskursu, bowiem wśród Autorów tomu gościmy również naukowców z Czech i Słowacji.

Teksty zostały zamieszczone w czterech częściach książki. Pierwsz część *Teoretyczne konteksty pogranicza natury i kultury* zawiera prace ukazujące zagadnienia dotyczące podstaw teoretycznych edukacji zdrowotnej.

W części drugiej poruszono problemy zdrowia, jego promocji i zagrożeń pojawiające się w środowiskach lokalnych.

Część trzecia pracy przybrała tytuł *Koncepcje rozwiązań praktycznych*.Zawarte w niej publikacje stanowią europejskie koncepcje przygotowania pedagogów do pracy wychowawczej w zakresie zdrowia oraz ukazują miejsce wychowania zdrowotnego w europejskim nurcie „troski o zdrowie".

Zaprezetowany w ostatniej części pracy zbiór tekstów stanowi efekt indywidualnych przedsięwzięć badawczych Autorów. Publikacje dotyczą przede wszystkim diagnozy osobowościowych wyników edukacji zdrowotnej oraz badania poziomu pozytywnych wskaźników zdrowia, do których możemy zaliczyć sprawność, wydolność i odporność.

Wyrażamy nadzieję, że zaprezentowane prace przyczynią się do refleksji nad problematyką pogranicza natury i kultury oraz przyczynią się do poszukiwania teoretycznych inspiracji, rozwiązań praktycznych oraz do weryfikacji w praktyce powstałych projektów i rozwiązań edukacyjnych w tym zakresie

Recenzji opracowanego zbióru podjął się Prof. dr hab. Marian Kapica, znawca zagadnień teorii i praktyki wychowania zdrowotnego oraz Doc. PaedDr. Miroslav Kopecký, PhD. pracownik naukowy Katedry Antropologii i Wiedzy o Zdrowiu Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu, specjalista w zakresie fizycznych i pedagogicznych uwarunkowań zdrowia człowieka. Składamy Recenzetom serdeczne podziękowania za pomoc w zredagowaniu publikacji.

Beata Fedyn

---

[1] K. Rubacha, Budowanie teorii pedagogicznych. (W:) Kwieciński Z. , Śliwerski B. (red.), Pedagogika. PWN, Warszawa 2003, s. 68.

[2] M. Demel, Pedagogika zdrowia. (W:) Turos L. (red.), Pedagogika ogólna i subdyscypliny. Wyd. Żak, Warszawa 1999, s. 240.

Część I

Teoretyczne konteksty pogranicza natury i kultury

Andrzej Krawański

Pogranicza zdrowia i choroby w kontekście edukacyjnym

Motto
Natura nie wyznacza ścisłej granicy między zdrowiem i chorobą. W (pod)świadomości człowieka istnieje subiektywne przekonanie o istnieniu takowego podziału.

Zdefiniowanie konstruktu: pogranicza zdrowia i choroby

Pojawiające się skojarzenia (dylematy) w (pod)świadomości człowieka myślącego tradycyjnie o zdrowiu i chorobie można zapisać w następującej postaci.

Jestem zdrowy. Zewsząd zagrażają mojemu zdrowiu choroby.
Jestem chory. Moim marzeniem jest powrót do stanu samopoczucia przed chorobą.

W świadomości przeciętnego człowieka pozostającego pod wpływem biomedycznego modelu zdrowia i choroby zdrowie nie jest stanem w pełni realnym, lecz jedynie wyrazem subiektywnego poczucia siebie (swego istnienia), natomiast bytem realnym jest choroba. Człowiek zdrowy żyje z świadomością zagrażającej choroby. Człowiek chory żyje z świadomością (marzeniem) zdrowia jako stanu czasu przeszłego i przyszłego. Sytuacja ta powoduje wiele komplikacji natury edukacyjnej.

Na tle takiego stereotypu pojawia się zasadnicze pytanie: czy taki stan świadomości może wywoływać nieustanną troskę człowieka o zdrowie? Odpowiedź jest pozornie prosta. Tak, każdy człowiek odczuwa i na ogół wyraża werbalnie troskę o zdrowie. Czyni to głównie w postaci deklaracji: zdrowie jest dla mnie najważniejsze – najczęściej taka postawa wobec zdrowia pojawia się w różnych sytuacjach kontaktów społecznych, takie przekonanie stanowi wewnętrzne przeświadczenie człowieka. W praktyce oznacza to niewiele. Obserwacje naukowe i praktyka życia codziennego potwierdzają dysonans pomiędzy deklarowanymi a realizowanymi postawami wobec zdrowia. Przyczyny tego stanu są wielorakie. Jak zaznaczono na wstępie wynikają one łącznie z oddziaływania silnie utrwalonego Kartezjańsko-Newtonowskiego opisu świata (człowieka) czego wyrazem jest biomedyczne podejście wobec zdrowia i choroby (Engel 1977, Capra 1987) jak i w następstwie adekwatnej do takiej filozofii myślenia o zdrowiu społecznej edukacji prozdrowotnej. Ujmując rzecz lapidarnie: zdrowie można (należy) naprawić, jak się coś w organizmie człowieka popsuje. Powstaje w ten sposób dylemat jak połączyć marzenia człowieka o zdrowiu z realnie istniejącymi wymogami aktywnego działania w tym zakresie? Jak pokazuje dotychczasowa praktyka edukacyjna nie można tego dokonać skutecznie odwołując się do grożącej w bliższej, lub dalszej perspektywie - choroby. Trzymając się jednak nadal deklaracji werbalnych można łatwo dostrzec, że w sytuacji wyboru: zdrowie a inne wartości np.: rodzina, życie zgodne z własnym sumieniem, dobrobyt materialny czy kariera wartość ta przesuwa się na drugie, niekiedy trzecie miejsce.[1] Oznacza to, że troska o zdrowie jako bardzo ważny składnik systemu aksjologicznego człowieka musi być w procesie edukacyjnym połączona z zbiorem innych wartości będących przedmiotem marzeń i powodem rozlicznych przejawów aktywności życiowej człowieka. Tylko wtedy można w praktyce edukacyjnej uwzględnić synergię kategorii: zdrowie i choroba, a nie traktować tych kategorii w sposób dychotomiczny - jak to zachodzi w modelu (podejściu) tradycyjnym.

Celem tego artykułu jest próba opisu tak zdefiniowanego pogranicza zdrowia i choroby uwzględniając perspektywę edukacyjną wynikającą z założeń nowoczesnej koncepcji pedagogiki zdrowia. Oznacza to próbę nawiązania dialogu przez pedagoga z salutogenetycznym modelem

[1] Stwierdzenie to znajduje potwierdzenie w wieloletnich obserwacjach i ocenach dokonywanych na ćwiczeniach zakładu Podstaw Wychowania Zdrowotnego AWF jak i w wyniku prowadzonych obserwacji naukowych opartych na wykorzystaniu obszernych kwestionariuszy na temat preferowanych przez różne grupy ludzi postaw i zachowań zdrowotnych.

(koncepcją) zdrowia Aarona Antonovskiego (1995), gdzie jak wiadomo przyjmuje się, że zdrowie i choroba są krańcami tego samego kontinuum. Podobnie, oznacza to również nawiązanie do biopsychospołecznego modelu zdrowia i choroby. Jak się zdaje tylko w ten sposób, łącząc założenia tych koncepcji z nowoczesnym, interaktywnym procesem edukacyjnym, można pokonać wyróżnione na wstępie dylematy, a w ślad za nimi zdefiniowane dalej stereotypy myślenia i postępowania człowieka XXI wieku wobec zdrowia.

Pogranicza zdrowia i choroby w warstwie edukacyjnej – tradycyjnie

Jak wiadomo utrwalona praktyka edukacyjna w zakresie zdrowia polega głównie na przekazaniu osobie lub grupie uczącej się (w różnej formie) zbioru zaleceń, nakazów, zakazów wobec różnych pokus związanych z codziennym życiem. Wszystkie te działania czyni się w kontekście istniejącej lub potencjalnie zagrażającej choroby. Chociaż nie określa się tego wprost w tradycyjnej perspektywie edukacyjnej, milcząco przyjmuje się, że zdrowie jest stanem, który nie wymaga jakiejkolwiek aktywności. Należy być aktywnym jedynie po to aby zapobiec chorobie. Nie rób tego, unikaj określonych sytuacji, przestrzegaj zasad higieny, a nie zachorujesz – czyli zachowasz zdrowie. Podsumowując ten sposób myślenia i postępowania możemy stwierdzić, że skuteczność takiej edukacji zależy od wyjątkowej wyobraźni (perspektywicznego myślenia) odbiorcy, ogromnego samozaparcia (twardego charakteru), lub - co najczęściej – pojawienia się pierwszych oznak choroby.

Na tle opisanej wyżej sytuacji pojawia się wątpliwość, której istotę możemy zapisać w następującej postaci. Czy można w ten sposób doprowadzić do sytuacji aby człowiek zaczął dostrzegać zdrowie jako wartość łączącą inne ważne wartości życiowe, jako warunek jakości życia, a nie jako wartość, której zagrażają różne inne cenione przez człowieka wartości? Raczej nie. W tradycyjnym podejściu określamy przede wszystkim szereg czynników (elementów stylu życia, czy nawet czynników środowiska), które w określonych warunkach szkodzą zdrowiu, a nie wykorzystujemy dostatecznie możliwości ich potencjalnie twórczego oddziaływania w tworzeniu zdrowia człowieka. Na przykład - określone warunki pracy, którą skądinąd bardzo cenimy (ma ona dla nas ogromną wartość), wymagają większej sprawności fizycznej. Wykonując tę cenioną przez nas pracę jesteśmy skłonni ryzykować nawet zdrowiem (które też bardzo cenimy, jeżeli zapytać oddzielnie). Nie dostrzegamy, że podniesienie sprawności fizycznej w czasie wolnym połączyłoby dwie cenione przez nas wartości: zdrowie i pracę.

W podejściu tradycyjnym uwzględniamy jedynie – jak stwierdzono wyżej - wynikający z wiedzy medycznej szereg zakazów i nakazów w zakresie trybu życia, natomiast nie wykorzystujemy dostatecznie czynników środowiska życia w kontekście potrzeb określonego człowieka. Określamy głównie czynniki ryzyka potencjalnie szkodzące zdrowiu. Ogromna ilość informacji na temat związków pojedynczych czynników (elementów zachowań czy czynników środowiska) z zdrowiem człowieka powoduje zamieszanie u odbiorcy i refleksję „wszystko szkodzi", a więc zostawmy sprawę swojemu biegowi. Tymczasem jak mówi Aaron Antonowsky: twórzmy zasoby odpornościowe organizmu[2]. Te zasoby można w praktyce edukacyjnej tworzyć, odwołując się do interakcji pojedynczego człowieka z jego środowiskiem przyrodniczym i społecznym. Taka strategia postępowania nie jest wykonalna w oparciu o dotychczasowy sposób myślenia pedagogicznego i wynikający z niego model dydaktyczny, gdzie następuje przekazywanie wiedzy medycznej i na ogół bierne uczestnictwo osoby edukowanej w procesie edukacji. Ewentualny aktywny udział edukowanego sprowadza się do prób zmiany trybu życia poprzez redukcję pojedynczych czynników ryzyka (porzucenie palenia, korekta elementów odżywiania się).

[2] Termin: Zgeneralizowane zasoby odpornościowe (generalized resistance resources) określa zarówno cechy organizmu, cechy psychiczne jednostki, jak i również cechy środowiska naturalnego, materialnego i społeczno-kulturowego pomocne w utrzymaniu i poprawie zdrowia Do zasobów zalicza więc odporność fizyczną i biochemiczną organizmu, możliwości intelektualne jednostki, jej przekonania i postawy, siłę ego, a także stabilizację kulturową, dobra materialne, wsparcie społeczne i wiele innych, pozwalające skutecznie stawić czoło stresorom różnego rodzaju (Antonovsky 1995)

Pogranicza zdrowia i choroby w aspekcie założeń współczesnej pedagogiki zdrowia

Skoro zdrowie i choroba to dwa współzależne, dynamicznie na siebie oddziaływujące stany organizmu, będące wyrazem interakcji genotypu i środowiska życia człowieka to należy uwzględnić ten fakt poprzez edukację prozdrowotną. Tego rodzaju konstatacja pojawiła się w refleksji teoretyków dosyć dawno (formalnie wraz z sformułowaniem modelu biopsychospołecznego). Gorzej jest jednak dotychczas z wykorzystaniem tego założenia na gruncie teorii pedagogicznej, a szczególnie z przeniesieniem na płaszczyznę dydaktyczną (praktykę edukacyjną). Uparcie wraca się nadal do stereotypu uczenia się i nauczania dyrektywnego odwołującego się do wiedzy medycznej związanej głównie z redukcją czynników ryzyka, wskazując literalnie na oczekiwany zbiór zachowań człowieka wobec zdrowia. Zakłada się jednocześnie, że przyswojenie przez edukowanego minimum wiedzy medycznej spowoduje oczekiwaną refleksję zdrowotną, a w następstwie przestrzeganie zawartych tam zunifikowanych zaleceń w zakresie trybu życia.

Współczesna koncepcja pedagogiki zdrowia nie zakłada konieczności wyuczenia w procesie edukacyjnym umiejętności praktycznych dbania o zdrowie w tradycyjnym sensie tego słowa. A więc nie jest zasadniczą kwestią wyznaczenie człowiekowi co ma jeść, jakie ma wykonywać ćwiczenia. Istotą procesu pedagogicznego (wychowania zdrowotnego) jest natomiast dostarczyć umiejętności dokonywania właściwych wyborów w tym zakresie poprzez podejmowanie samodzielnych decyzji, poszukiwania niezbędnych dla siebie kompromisów, czy umiejętności oceny słabych i mocnych stron swojego ciała. Stąd celem procesu dydaktycznego jest wyposażenie odbiorcy w psychospołeczne umiejętności pozwalające na samodzielne podjęcie działań na rzecz zdrowia i ciała (tworzenie umiejętności „zarządzania" przez człowieka potrzebami w zakresie zdrowia - szerzej patrz: A. Krawański 2003, 2006). Jest to pierwsze, zasadnicze wyzwanie wobec pedagogiki w procesie promocji zdrowia nawiązujące do jej ideowego hasła „moje zdrowie w moich rękach".

Drugą zasadniczą kwestią, odróżniającą nowoczesne myślenie o zdrowiu i chorobie od tradycyjnego podejścia, to odwołanie się do kategorii: wzmocnienie potencjału zdrowia. Czyli zakłada się, że zdrowie można potęgować, poprawiać, a nie uzyskiwać wyłącznie ten stan poprzez usunięcie lub ograniczenie efektów choroby. Oznacza to, że możemy wzmocnić zdrowie odwołując się do zasobu możliwości organizmu człowieka, jego zdolności wytwórczej w tym zakresie. Zatem charakteryzując dalej to pojęcie powiemy, że wyrazem potencjału zdrowia będzie zdolność człowieka do aktywnej adaptacji wobec wymagań środowiska życia i pracy, uwzględniając ograniczenia biologiczne, skutki chorób, lub wpływ sytuacji losowych (np. wypadki), którym podlega jego organizm. Zasadnicze znaczenie dla tworzenia się potencjału zdrowia ma wobec tego to wszystko, co wpływa na lepsze przystosowanie człowieka do środowiska życia i pracy. Wynika stąd, że projektując działania w kierunku poprawy potencjału zdrowia człowieka będziemy mieć przede wszystkim na uwadze rozliczne niemedyczne działania wobec środowiska życia i pracy z jednej strony, z drugiej natomiast działania, które wpływają na zdolność (umiejętność) wykorzystania przez człowieka dostępnych możliwości w otaczającym środowisku.

Pojecie adaptacji człowieka do środowiska życia i pracy wykorzystuje się szczególnie w koncepcji promocji zdrowia, gdzie przyjmuje się, że jednym z zasadniczych celów w zakresie podejmowanych inicjatyw na rzecz zdrowia powinny być działania organizacyjne wpływające na warunki życia i pracy w środowisku życia człowieka (tzw. siedliskowe podejście do zdrowia). Zakłada się, że skierowanie uwagi człowieka na zdrowie jako wartość niezależną od choroby następuje poprzez zwrócenie jego uwagi na inne wartości za pomocą zmiany warunków życia (warunki mieszkaniowe, dostęp do dóbr kultury, zmiana struktury spożycia poprzez politykę podatkową).

Te silnie oddziaływujące mechanizmy socjalizacyjne wobec zdrowia powinny być zintensyfikowane i ukierunkowane przez adekwatny proces pedagogiczny (A. Krawański 2004). Dążenie do utrzymania bądź podwyższenia potencjału zdrowia polega także na tym, aby człowiek nie tylko podlegał korzystnym wpływom środowiska społecznego i materialnego, lecz przede wszystkim żeby umiał samodzielnie dostrzegać i wykorzystywać tego rodzaju efekty jako czynniki zdrowia w przebiegu życia. Zatem z pedagogicznego punktu widzenia o utrzymaniu bądź podwyższeniu potencjału zdrowia decyduje nie tyle samoistnie działający socjalizacyjny wpływ środowiska życia,